



section
Activités Physiques et Bien-Être

Contact : C.S.M.S. - G.V.
Tel : 04 94 30 61 57
e-mail : csms.gv83@gmail.com

FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2026 – 2027

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Date de naissance :

Téléphone(s) :

e- mail : @

Numéros des cours choisis :--.....--.....--.....--.....

**Merci de désigner un cours de remplacement en cas de cours complet ou de cours
insuffisamment remplis , cours de repli N°**

Montant de la cotisation statutaire : 100€ ou 34€ si non imposable

Montant des cours : 1 cours=120€ ou 2 cours =170€ ou 3 cours= 190€ ou 4 = 210€

Je soussigné(e), Madame, Monsieur certifie avoir pris connaissance
du règlement la section APBE (document joint programme) .

Date...

.

Signature

;

A

☐ Je désire souscrire à la formule complémentaire d'assurances de personnes
qui m'est proposée couvrant les dommages corporels auxquels je suis exposé
dans la pratique des activités sportives

☐ Je ne désire pas souscrire à la formule complémentaire d'assurances de
personnes qui m'est proposée couvrant les dommages corporels auxquels je suis
exposé dans la pratique des activités sportives

Cocher la case qui vous convient

B

 Le Questionnaire de Santé doit être rempli et conservé par vos soins. Document
confidentiel.

Je soussigné M/Mme [Prénom NOM)

Atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01
et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date et signature du sportif :

IMPORTANT

- 1) Dans votre messagerie, si vous recevez du courrier de DOKEOP, ne pas jeter,
c'est le site qui établit les licences
- 2) Regarder régulièrement vos « SPAMS » ou « INDESIRABLES », des
messages importants peuvent s'y être glissés.